

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930 — N° 140

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'OPÉRATION DE LE FORT
DANS LE TRAITEMENT
DES PROLAPSUS GÉNITAUX

INDICATIONS — TECHNIQUE — RÉSULTATS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 28 juillet 1930

PAR

Pierre-Ferdinand-Alexis LONGE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à LENCOUACQ (Landes), le 25 mai 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	<i>Président</i>
		CARLES, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé.....	
		DAMADE, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930 — N° 140

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

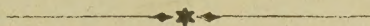
DE

L'OPÉRATION DE LE FORT

DANS LE TRAITEMENT

DES PROLAPSUS GÉNITAUX

INDICATIONS — TECHNIQUE — RÉSULTATS



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 28 juillet 1930

PAR

Pierre-Ferdinand-Alexis LONGE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à LENCOUACQ (Landes), le 25 mai 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président
		CARLES, professeur.....	Juges.
		JEANNENEY, agrégé.....	
		DAMADE, agrégé.....	



BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

—
1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX



M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales..	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Cliniques des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM DELAUNAY (Physiologie). MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	GREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	N.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOISE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Paéiculture.....	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.	N.
Accouchements.....	PERY.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE — A MA MERE

Faible témoignage de mon affection et de
ma reconnaissance.

A MA FIANCÉE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MES CAMARADES DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES COLONIES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique,
Croix de guerre.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF MIRGUET

*Sous-directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE ANNEXE DE MEDECINE
NAVALE DE ROCHEFORT ET DE L'ECOLE PRINCIPALE DU
SERVICE DE SANTE DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MES MAITRES DES HOPITAUX ET DE LA FACULTÉ

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'OPÉRATION DE LE FORT
DANS LE TRAITEMENT
DES PROLAPSUS GÉNITAUX

INDICATIONS — TECHNIQUE — RÉSULTATS

INTRODUCTION

Nous nous proposons par ce modeste travail de contribuer à l'étude des résultats éloignés de l'opération de Le Fort, élargie dans le traitement des prolapsus génitaux.

Cette intervention, mal accueillie dès son apparition, préconisée depuis par quelques auteurs, condamnée par d'autres, a suscité ces dernières années de nombreux travaux, et il semble, d'après les statistiques publiées (plus de 300 cas), que rien ne justifie le peu de faveur dont elle a longtemps été l'objet dans le traitement du prolapsus complet des femmes âgées.

Avant d'aborder cette étude, nous adressons à M. le Professeur Guyot, qui nous en a donné l'initiative et nous fait le grand honneur de présider notre thèse, nos sincères remerciements. Qu'il trouve ici l'hommage de notre vive gratitude pour l'enseignement et les bons conseils qu'il nous a prodigués durant notre court passage auprès de lui.

A M. le Professeur Chavannaz, qui a bien voulu nous permettre de prendre dans son service quelques observations, nous adressons nos respectueux remerciements.

HISTORIQUE

Peu satisfait des procédés jusqu'alors employés dans le traitement des prolapsus génitaux, le Professeur Léon Le Fort conçut, en 1876, un mode de traitement nouveau : le cloisonnement partiel du vagin, consistant à maintenir en rapport intime par une suture médiane, les parois antérieure et postérieure de ce conduit. L'opération faite sur une femme atteinte de prolapsus complet, ayant donné un heureux résultat, le Professeur Le Fort communiqua son procédé à la Société de chirurgie de Paris le 14 février 1877 et en exposa ainsi la technique :

« L'utérus étant tout à fait hors de la vulve, je fis d'abord sur la paroi antérieure, puis sur la paroi postérieure du vagin, deux avivements de 6 centimètres environ de longueur sur 2 de largeur portant sur la partie la plus rapprochée de la vulve : cela fait, je réduisis l'utérus assez pour mettre en rapport les extrémités de ces deux surfaces d'avivement dans leur partie la plus rapprochée de l'utérus et j'appliquai sur ce bord transversal 3 points de suture; puis de proche en proche et réduisant au fur et à mesure l'utérus, je suturai les bords latéraux correspondants, passant le fil de la plaie faite à la paroi vésico-vaginale à la plaie faite à la paroi vagino-rectale. La réduction de l'utérus devenait ainsi de plus en plus complète et quand les deux bords des deux surfaces avivées furent suturés, la réduction était complète. »

Le Fort insiste sur ce point que l'avivement doit intéresser seulement la partie superficielle de la muqueuse et qu'il doit être strictement médian; une inégalité de calibre des deux conduits obtenus pouvant livrer passage à l'utérus et compro-

mettre ainsi le résultat de l'opération. Déjà avant Le Fort on avait essayé de traiter les prolapsus par des procédés analogues. En 1823, Gerardin, de Metz, oblitérait l'orifice du vagin en avivant dans la portion inférieure du canal vaginal les parois antérieure et postérieure du vagin et en suturant l'une avec l'autre les deux surfaces cruentées.

Jobert de Lamballe pratiquait deux avivements transversaux sur la paroi antérieure du vagin et déterminait sur cette paroi par leur affrontement et leur suture la formation d'un repli transversal qui ne s'opposait qu'à la cystocèle.

Plus tard, Sims préconise sur la paroi antérieure du vagin deux avivements réunis en bas, écartés en haut en forme de V, dont la suture réalise une cloison prismatique triangulaire.

Panas modifie le procédé de Sims par l'adjonction à la base du V d'un avivement transversal.

Baker Brown fait un avivement de la face postérieure des grandes lèvres et des parties voisines du périnée.

Auger réalise l'occlusion à peu près complète de la vulve, rendant ainsi la copulation impossible.

Enfin, Simon rétrécit la paroi vaginale postérieure et l'orifice vulvaire par un avivement triangulaire, procédé dangereux, car l'excision intéresse toujours de gros vaisseaux.

Le Fort ne conteste pas les bons résultats obtenus par le procédé de Sims modifié, mais il lui reproche d'être une opération longue et difficile, car elle suppose la réduction préalable de l'utérus et l'obligation pour le chirurgien d'agir au fond même du vagin. Dans son procédé, au contraire, le chirurgien opère à ciel ouvert, mais Le Fort lui reconnaît cependant une difficulté : « On comprend toutefois que, dans ce procédé, comme dans celui de Sims, de Panas, les fils ayant servi à la suture sont difficilement accessibles lorsque après quelques jours la réunion s'est effectuée. Prévoyant cela, je laissai aux fils une assez grande longueur dans leur partie tordue, afin de les saisir facilement lorsqu'ils seraient devenus libres par la section des parties embrassées par leur anse. » L'opération ainsi conçue s'adressait dans l'esprit de son auteur à tous

les prolapsus quel que soit l'âge des malades, le cloisonnement du vagin n'empêchant nullement le coït, ni même l'accouchement chez les femmes encore en âge de concevoir. Il suffisait dans ce cas de détruire la cloison d'un coup de ciseaux pour permettre l'expulsion du fœtus.

Dès son apparition cette intervention fut mal accueillie. En 1881, Eustache lui signale un grave inconvénient. « La longue durée du séjour des fils métalliques dans le vagin l'expose à des inflammations de ce conduit, à des inflammations âcres et irritantes, qui, pénétrant par capillarité dans la ligne de réunion, peuvent empêcher l'adhésion cicatricielle, sinon en totalité, du moins en partie.

» La présence des fils est également nuisible pour les parties conservées. L'ulcération qui doit leur donner la liberté compromet l'existence de la cloison, risque de la détruire par places en la transformant en une série de ponts successifs, sans compter que le processus ulcératif peut aboutir à l'inflammation et à la suppuration de la cloison et entraîner ainsi un insuccès plus ou moins complet. » En conséquence, il propose de remplacer les fils d'argent préconisés par Le Fort par des fils de catgut et de faire des avivements plus larges (5 cm. au lieu de 2) et plus hauts. Mais, dans son esprit, l'opération ainsi modifiée reste applicable à tous les âges.

Après lui, Duplay modifie l'opération de Le Fort en pratiquant des avivements plus larges et en la complétant par une colpopérinéorrhaphie postérieure. De plus, il conseille de faire les sutures profondes au catgut et les sutures superficielles aux fils d'argent.

En 1889, paraît la thèse d'André, inspirée de Le Fort, dans laquelle l'auteur publie 33 succès sur 40 cas de prolapsus traités et précise comme il suit la technique opératoire :

- 1° Avivement extrêmement superficiel de la paroi antérieure et postérieure du vagin;
- 2° Cet avivement commencera le plus près possible de la vulve et sera exactement placé sur la ligne médiane;

3° Il aura une largeur de 2 centimètres sur 6 centimètres de long environ;

4° Les sutures des deux avivements seront faites au fil d'argent, procédé de Le Fort pur; au catgut pour les profondes, au fil d'argent pour les superficielles, modification de Duplay; au catgut seulement, modification de Panas et d'Eustache;

5° Lorsque le périnée sera relâché et surtout si la femme a franchi l'âge génital, l'opération sera complétée par la périnéorrhaphie, modification indiquée par Le Fort et appliquée par Duplay dans tous les cas.

A la même date, Taft, dans *The national Journal of medical sciences*, pose le principe de l'impossibilité d'obtenir une cloison solide avec un avivement parcimonieux. Il propose de faire une cloison épaisse, renonce ainsi à conserver le vagin et fait de l'opération de Le Fort une intervention exclusivement réservée aux femmes âgées. En 1896, au Congrès de chirurgie de Paris, deux élèves de Le Fort, Routier et Richelot, condamnent cette intervention. Dès lors, l'opération de Le Fort tombe dans l'oubli, et d'autres méthodes apparaissent.

En 1893, Quénu décrit l'hystérectomie vaginale avec suture du moignon vaginal aux ligaments larges. Chaput préconise la colpectomie totale avec amputation élevée du col.

En 1896, au X^e Congrès de chirurgie, Bouilly vante la triple opération : amputation élevée du col, colporrhaphie antérieure, colpopérinéorrhaphie postérieure et déclare que l'on peut en espérer, si l'exécution est parfaite, 80 p. 100 de succès. En 1900, Terrier réalisa l'hystéropexie.

Puis apparaît la méthode d'interposition utérine de Wertheim-Schauta.

En 1906, enfin, Savariaud décrit la colpectomie de Muller complétée par une périnéorrhaphie.

Cependant l'opération de Le Fort, élargie, revient en faveur.

Chavannaz, le premier, insiste sur la nécessité de renoncer à conserver le vagin. Il préconise des avivements larges et pour les réunir plusieurs séries de sutures transversales, en surjet, au catgut, de centimètre en centimètre, assurant une

coaptation exacte, facilitant la réunion et donnant à la cloison une solidité parfaite. De plus, pour fournir à cette cloison le point d'appui inférieur qui lui manque, il croit utile de terminer l'intervention par une réfection du périnée. Il inspire en 1907 la thèse de Dubois, publiée en 1909 8 cas sur lesquels il ne note pas un échec et, en 1923, 12 cas nouveaux, dont 5 des malades qui ont pu être revues sont en parfait état.

En 1911, MM. J.-L. Faure et Siredey, dans leur *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*, vantent les avantages du Le Fort, modifié et élargi, et en font le procédé de choix dans le traitement du prolapsus complet des vieilles femmes.

Cotte ayant pratiqué avec succès, de 1921 à 1923, 16 cloisonnements avec périnéorrhaphie postérieure se fait à son tour le défenseur de l'opération de Le Fort.

En 1921, Hartmann, dans le *Journal de gynécologie et d'obstétrique*, préconise des avivements larges.

En 1923, la question du traitement des prolapsus ayant été soulevée à la Société de chirurgie de Paris, MM. Bégouin et Savariaud, rapporteurs, font du cloisonnement élargi du vagin un excellent procédé dans le traitement du prolapsus complet des femmes âgées.

En 1924, paraît la thèse de Nora (G.). Après avoir fait une étude des différents traitements que l'on peut appliquer aux prolapsus, l'auteur établit une statistique générale des observations d'opération de Le Fort publiées jusqu'à ce jour et y joint 54 observations inédites sur lesquelles il ne note pas un seul échec malgré l'âge des opérées (52 à 68 ans) et l'ancienneté des prolapsus traités.

Il fait de l'opération de Le Fort, complétée d'une périnéorrhaphie, une excellente opération. « D'exécution facile, rapide, elle s'adresse même aux malades déprimées chez lesquelles on peut la réaliser à l'anesthésie locale ou épidurale. Les résultats immédiats ou éloignés en font l'opération de choix. Correctement exécutée elle ne peut être suivie de récurrence. » La même année Caffeau (thèse de Paris) rapporte 14 observations de malades. Il note chez 13 d'entre elles de bons résultats immédiats et tend aux mêmes conclusions.

En février 1925, dans le compte rendu de la Société de gynécologie et d'obstétrique, Brocq et Nora présentent une statistique de 39 cas traités dans le service du Professeur Lejars et dont 28 ont été suivis d'une périnéorraphie postérieure. Ils insistent sur ce fait que l'avivement doit être assez large pour ne laisser persister du vagin qu'un canal sous-cervical et deux canaux latéraux et qu'il doit descendre très près de la vulve, mais ne pas trop s'étendre du côté du col. Ils recommandent aussi d'adosser les deux avivements par de nombreux points de suture pour empêcher qu'il ne se produise entre eux un suintement sanguin. Dans aucun des 39 cas ils ne signalent le moindre incident opératoire et constatent chez 9 malades qui ont pu être revues des résultats très satisfaisants.

Les mêmes auteurs rapportent, en avril 1925, dans *Médecine*, la même statistique et concluent : « Limitée à ces indications précises, prolapsus complet, périnée déficient, femmes âgées, même avec état général médiocre, l'opération de Le Fort est une excellente opération, supérieure à toutes celles que l'on a voulu lui opposer. »

En 1925 encore, Mme V. Cremer (thèse de Paris), publie 15 observations. Sur 11 malades revues, Mme Cremer note d'excellents résultats chez 8 d'entre elles et met l'opération de Le Fort au premier plan du traitement du prolapsus génital complet des femmes ayant passé la ménopause où dont l'âge exclut toute possibilité de grossesse.

Enfin, en 1929, Crousse publie, dans *Bruxelles médical*, 26 cas de prolapsus traités par le cloisonnement élargi du vagin sans avoir à enregistrer un seul échec.

« C'est avant tout sa facilité d'exécution sous anesthésie locale, sa simplicité et son innocuité qui font de l'opération de Le Fort une opération de choix pour les sujets auxquels elle est destinée. Ni la triple opération française, ni l'opération de Bouilly, ni l'opération de Wertheim-Schauta, ni aucune des opérations dirigées contre le prolapsus, ne peuvent nous donner semblables avantages avec de telles garanties d'efficacité. »

INDICATIONS — CONTRE-INDICATIONS

Les modifications apportées à l'opération de Le Fort en ont considérablement restreint les indications. Ce procédé, applicable par son auteur à tous les âges, est devenu aujourd'hui une opération d'exception exclusivement réservée aux femmes âgées. Cependant, l'âge ne constitue pas la seule indication de cette intervention. Il faudra envisager aussi l'état général des malades et l'état local des lésions.

AGE DES MALADES.

Le cloisonnement élargi du vagin rendant impossible tout rapport sexuel et excluant de ce fait toute possibilité de grossesse ne saurait être appliqué à des femmes n'ayant pas encore atteint la ménopause. Elles doivent l'avoir dépassée et doivent être très clairement averties des impossibilités qui résultent de cette intervention. Ce dernier point est capital. Caffeau (thèse de Paris) signale le cas d'une femme de 61 ans qui regrettait amèrement après l'opération de l'avoir permise. D'autres exemples cités par Cotte montrent qu'on ne saurait être trop explicite à cet égard, et que le chirurgien n'est autorisé à agir qu'après avoir obtenu de la malade un désistement complet. Dans le cas où elle serait très près de la ménopause, Nora déclare que l'on ne devra avoir recours au cloisonnement que lorsque toute autre intervention n'aurait pas de chances de réussite.

ETAT GÉNÉRAL.

L'opération de Le Fort ne nécessitant pas l'anesthésie générale, pouvant être réalisée sous anesthésie rachidienne et même locale, est une intervention très peu shockante. Elle sera donc

particulièrement indiquée chez des malades fatiguées, d'état général médiocre, chez des femmes à paroi abdominale faible, chargée de graisse et même chez des malades atteintes d'affections contre-indiquant toute intervention chirurgicale (diabète, tuberculose pulmonaire, lésions cardiaques).

ETAT LOCAL DES LÉSIONS.

Il est nécessaire pour pratiquer le cloisonnement du vagin que le prolapsus soit complet ou, s'il est incomplet, que l'utérus puisse être suffisamment extériorisé par une traction exercée sur le col. Une extériorisation insuffisante rendrait l'opération particulièrement délicate. La déficience du périnée est une indication du cloisonnement. Dans ce cas, en effet, la colpoperinéorrhaphie ne saurait aboutir qu'à un échec. L'irréductibilité du prolapsus est une contre-indication formelle, et il faudra dans ce cas recourir à l'hystérectomie.

Très souvent le col utérin extériorisé est le siège d'ulcérations dont il sera précieux d'étudier la nature à l'aide de la biopsie. Dans le cas de métrite hypertrophique avec ulcération, les soins locaux pourront améliorer ou guérir les lésions, mais si elles persistent il paraît préférable de procéder dans un premier temps opératoire à l'amputation du col. Seul le cancer contre-indique toute intervention chez les femmes âgées. S'il s'agit d'un utérus fibromateux, on pratiquera utilement une hystérectomie ou une myomectomie suivies de cloisonnement.

Enfin, dans le cas de lésions utérines et annexielles concomitantes, le cloisonnement est formellement contre-indiqué.

SOINS PREOPERATOIRES

Les soins préopératoires auront pour but de modifier l'aspect du prolapsus, de le réduire partiellement, de cicatriser les ulcérations du col, de remonter l'état général des malades et de les mettre ainsi dans les meilleures conditions opératoires. Ils comporteront à cet effet : le repos au lit, les soins locaux et les soins généraux.

Le repos au lit provoquera la réduction partielle du prolapsus en favorisant la décongestion des organes pelviens.

Les soins locaux consisteront dans le cas de prolapsus irréductible en des sayonnages quotidiens à l'eau bouillie tiède, suivis d'un pansement humide, en attouchements des ulcérations à la teinture d'iode et, au bout de quelques jours, en tentatives de réduction. L'utérus réduit sera maintenu en place par un tamponnement vaginal. Si le prolapsus est facilement réductible, on aura recours à l'injection quotidienne d'eau bouillie tiède additionnée d'eau oxygénée. Les ulcérations seront badigeonnées à l'alcool iodé ou avec une solution alcoolique de bleu de méthylène. Enfin, lorsqu'il y aura infection vésicale concomitante, on procédera tous les deux ou trois jours à des instillations de nitrate d'argent et à l'administration d'urotropine.

Les soins généraux consisteront en une bonne nourriture, en une surveillance attentive de l'évacuation des émonctoires et de l'état pulmonaire; en l'administration, si c'est nécessaire de toni-cardiaques.

Sous l'influence de ces divers soins, le prolapsus sera devenu, s'il ne l'était déjà, réductible. Il aura diminué de volume, et les ulcérations seront améliorées ou guéries.

Si, au bout de deux ou trois semaines, ce dernier point

n'était pas réalisé, il faudrait recourir, comme il a déjà été dit plus haut, à l'amputation du col.

PRÉPARATION A L'OPÉRATION.

La malade sera purgée l'avant-veille de l'opération. La veille, on lui administrera un lavement, et elle sera constipée pendant cinq jours par l'ingestion de 0 g. 05 d'extrait thébaïque. Les parties voisines de la vulve et du périnée seront soigneusement nettoyées et rasées.

Au moment de l'opération, la malade étant en position gynécologique, on videra la vessie, on procédera au lavage du vagin et des culs-de-sac à l'eau savonneuse à l'aide d'une compresse stérilisée. Puis, on pratiquera une injection d'eau bouillie et un lavage à l'éther pour assécher les parois du conduit. Ceci fait, on terminera par un badigeonnage du vagin à l'alcool iodé, et du périnée à la teinture d'iode.

ANESTHÉSIE.

L'anesthésie générale n'est pas nécessaire et est même contre-indiquée chez des malades à état général médiocre. Toutefois, si l'on doit y recourir, il sera bon, pour en atténuer les dangers, d'employer au lieu de chloroforme ou d'éther purs le mélange de Schleich ainsi défini :

Chlorure d'éthyle	5
Chloroforme	20
Ether	100

Cet anesthésique, d'un maniement facile, est moins toxique que chacun de ses composants et permet d'éviter les accidents propres à chacun d'eux. Son action sur le foie est minime, et il écarte tout danger de complications pulmonaires post-opératoires.

La rachianesthésie semble la méthode de choix. D'exécution aisée, elle n'est généralement suivie d'aucun accident d'ordre général. Nora signale cependant quelques cas de rétention

d'urines et de céphalée postopératoire. Elle produit un relâchement complet des muscles périnéaux, facilitant ainsi les manœuvres opératoires.

Elle est particulièrement indiquée chez des femmes qui ne paraissent pas en état de supporter une anesthésie générale si peu shockante soit-elle.

L'anesthésie locale sera réalisée par l'injection sous la muqueuse vaginale d'une solution de novocaïne à 1/2 p. 100. On s'efforcera en la pratiquant de tracer le lambeau à exciser. L'infiltration du liquide anesthésique soulèvera la muqueuse et en facilitera le décollement. D'exécution longue et un peu délicate, cette anesthésie sera exclusivement réservée aux femmes très âgées chez lesquelles le shock opératoire doit être réduit au minimum.

L'anesthésie épidurale, peu utilisée, a donné à certains auteurs, dans le cas particulier, des résultats satisfaisants.

TECHNIQUE

Dans le cas d'ulcérations persistantes, la certitude de leur non-malignité étant acquise; on pourra sans inconvénients les enfouir (Crousse), mais il sera préférable de procéder en un premier temps opératoire à l'amputation circulaire du col. Celle-ci réalisée, l'utérus extériorisé et maintenu en bonne position au moyen de quatre pinces de Chaput, on procède au tracé et au décollement des lambeaux.

TRACÉ DU LAMBEAU ANTÉRIEUR. — Les mêmes pinces qui fixent l'utérus marquent les limites du lambeau. Celui-ci sera strictement médian, rectangulaire et aussi étendu qu'il est possible : 6 centimètres de longueur sur 4 de largeur. Il ne devra pas s'approcher de plus de 2 centimètres du méat urétral et de l'orifice externe du col.

DÉCOLLEMENT DU LAMBEAU ANTÉRIEUR. — Le décollement est amorcé au bistouri dans la partie du lambeau voisine du col. Les deux angles inférieurs du lambeau ainsi libérés sont saisis à l'aide de deux pinces, et le décollement s'effectue le plus souvent facilement à la compresse et par traction légère sans la moindre hémorragie.

TRACÉ ET DÉCOLLEMENT DU LAMBEAU POSTÉRIEUR. — Ce lambeau aura la même forme, les mêmes dimensions que le lambeau antérieur, et devra autant que possible lui être superposable.

A cet effet, la face postérieure du prolapsus sera exposée autant qu'il sera possible, par traction sur une pince de Museux fixée à la lèvre postérieure du col. Comme pour le lambeau antérieur, les limites du lambeau postérieur seront marquées par quatre pinces de Chaput. Ici encore l'avivement ne devra

pas s'approcher de plus de 2 centimètres de l'orifice externe du col.

Le décollement sera pratiqué de haut en bas, mais tandis que, pour le lambeau antérieur, il s'exécute aisément, il devra être fait ici au bistouri. Il importe de faire un avivement très superficiel, car une excision trop profonde risquerait d'intéresser de gros vaisseaux et même d'ouvrir le cul-de-sac de Douglas. Assurer une bonne hémostase.

ENFOUISSEMENT DU COL UTÉRIN. — L'avivement étant terminé, en repérer les angles antérieurs et postérieurs, qui doivent se trouver en contact après l'intervention, et procéder aux sutures.

On réunira tout d'abord par un solide surjet au catgut n° 2 les deux traits transversaux les plus rapprochés du col. On rabat ainsi les deux lambeaux de muqueuse voisins du museau de tanche, et on détermine la formation d'un canal sous-cervical de 2 centimètres de large environ ayant deux ouvertures : une à droite, l'autre à gauche. Puis, de centimètre en centimètre, on pratique une série de surjets transversaux qui affrontent exactement les deux surfaces cruentées. On crée ainsi de chaque côté de l'affrontement un canal latéral, constitué aux dépens des deux bandes de muqueuse vaginale persistant de chaque côté des avivements, et réunissant le canal sous-cervical à la vulve. De la sorte, on réduit peu à peu le prolapsus, et quand, par un dernier surjet, on a rapproché les deux traits transversaux vulvaires de l'avivement, le cloisonnement est terminé.

Il ne persiste plus du vagin qu'un étroit canal en U renversé embrassant la cloison et permettant aux sécrétions muqueuses cervicales de s'écouler à l'extérieur.

PÉRINÉORRAPHIE COMPLÉMENTAIRE. — L'opération de Le Fort s'appliquant à des femmes très âgées dont le périnée est le plus souvent déficient, il sera bon, mais non toujours nécessaire pour consolider le cloisonnement, de le compléter par une périnéorrhaphie postérieure, qui aura pour effet de rétrécir la vulve, de la reporter en avant, de reconstituer le vagin sur

une hauteur de 2 ou 3 centimètres et de servir de point d'appui inférieur à la cloison.

On décollera la muqueuse vaginale de la commissure postérieure jusque près du dernier surjet du cloisonnement. On excisera la muqueuse en angle, le sommet de cet angle se trouvant à quelques millimètres du surjet vulvaire et les côtés passant à l'extrémité inférieure des petites lèvres. On réunira par un surjet au catgut les deux côtés de l'angle, le reste de la plaie étant fermé à l'aide de crins de Florence.

L'intervention terminée, une sonde de Petzer sera placée dans la vessie. Un pansement protecteur de gaze et d'ouate sera maintenu sur le périnée par un bandage ou par deux fils passés en profondeur.

Il nous paraît utile, pour compléter cet exposé, de préciser quelques points de technique dont la négligence ne saurait exposer qu'à des mécomptes.

Il importe tout d'abord, pour obtenir un résultat parfait, que les surfaces d'avivement soient strictement égales et symétriques. Crousse rapporte à cet effet dans *Bruxelles Médical* un moyen simple, signalé par Douay, de réaliser cette condition : « Il est, dans certains cas, intéressant de ne pas sectionner au début de l'intervention la base inférieure ou vulvaire des deux lambeaux. La section n'étant faite qu'à la fin de l'intervention et en bonne place, on arrive ainsi à mesurer exactement les surfaces d'avivement pour qu'elles soient superposables et symétriques. »

En second lieu, il est nécessaire que le tracé des lambeaux soit au moins distant de l'orifice externe du col de 2 centimètres. Dans le cas où l'on devrait procéder dans un premier temps à l'amputation du col, on s'exposerait, en négligeant ce détail, à voir se souder la suture profonde et l'orifice cervical, soudure qui aboutirait à la rétention des sécrétions du col et à l'infection de cette cavité.

Il importe aussi de faire descendre très près de la vulve les avivements, une trop grande distance pouvant permettre un léger degré de cystocèle et de rectocèle.

L'avivement postérieur doit être très superficiel, une excision trop profonde pouvant intéresser de gros vaisseaux, rendre l'hémostase difficile et compromettre par suintement sanguin entre les deux surfaces affrontées le résultat de l'opération.

Enfin, il est indispensable que la suture unissant les deux traits transversaux les plus rapprochés du col soit faite avec soin. « A négliger cette suture profonde ou à la faire incomplètement on s'exposerait à ce que le mucus cervical s'infiltrât entre les deux surfaces d'avivement et les infectât de haut en bas. »

INCIDENTS ET ACCIDENTS OPERATOIRES

Ont été signalés : l'hémorragie, mais seulement dans le cas où l'excision postérieure a été trop profonde; l'ouverture du Douglas, qui fit jeter le discrédit sur l'opération à ses débuts, incident assez fréquent, dans lequel le péritoine est refermé en bourse à l'aide d'un catgut, et qui n'est généralement suivi d'aucun accident.

Les blessures de la vessie et du rectum, quoique possibles, n'ont jamais été signalées.

SOINS POSTOPÉRATOIRES.

Jusqu'au cinquième jour, alimentation légère. Le cinquième jour, la malade sera purgée. Le tampon protecteur sera enlevé après la première selle. S'il y a eu écoulement, on pratiquera l'assèchement superficiel avec de la gaze.

Du cinquième au dixième jour, on retirera la sonde vésicale et on aseptisera les urines de la malade par l'administration d'urotropine.

Le douzième jour, les fils périnéaux seront enlevés. Les jours suivants, soins de propreté. Lever généralement vers le vingtième jour.

ACCIDENTS POSTOPÉRATOIRES.

Parmi les accidents locaux possibles, ont été notés : hématome, désunion partielle, suppuration, luxation du col utérin et son étranglement dans un des couloirs latéraux (Austry), tous accidents pouvant résulter d'une faute de technique.

Les accidents généraux, plus fréquents, s'observent surtout chez des malades grasses, azotémiques, emphysémateuses, cardiaques. Une surveillance attentive de leurs divers appareils permettra de les dépister.

Nous relevons chez une de nos malades une phlébite de la jambe gauche survenue vingt jours après l'opération (Obs. I).

RESULTATS

Nous publions une statistique de 20 observations :

7 ont été empruntées au service de M. le Professeur Guyot;

13 au service de M. le Professeur Chavannaz.

Sur ces 20 malades, 11 ont pu être revues :

- 1 après 6 ans;
- 4 après 3 ans;
- 3 après 2 ans;
- 1 après 1 an;
- 1 après 2 mois;
- 1 après 1 mois.

Nous notons chez 7 d'entre elles un excellent résultat. En position couchée, on constate que les parois antérieure et postérieure du vagin sont en contact, mais à l'effort la base de la cloison forme cependant une légère procidence. De chaque côté de la cloison le toucher révèle les couloirs latéraux, qui admettent à peine la pulpe de l'index.

Chez l'une de ces malades dont le cloisonnement fut suivi d'une périnéorrhaphie (obs. XV) la vulve est reportée en avant, et nous constatons l'existence d'un vagin de 2 ou 3 centimètres de profondeur.

Chez trois autres (obs. III, XIV et XX) l'examen révèle une légère rectocèle.

Enfin, chez la dernière (obs. II), il existe un degré assez accusé de cystocèle et de rectocèle, ceci dû à la rupture du surjet vulvaire. La malade accuse de l'incontinence d'urines à l'effort.

Chez aucune de nos vingt malades nous ne relevons d'accidents opératoires ou postopératoires. A signaler une légère suppuration de la plaie opératoire (obs. II) et une phlébite de la jambe gauche survenue vingt jours après l'opération (Obs. I).

Bien que la plupart de ces malades aient été opérées sous anesthésie générale à l'éther ou au chloroforme purs, nous ne notons, malgré leur âge avancé (de 53 à 76 ans), aucune complication pulmonaire.

Elles ont toutes quitté l'hôpital guéries de vingt à trente jours après l'intervention.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Empruntée au service de M. le Professeur Guyot.)

Mme S..., 67 ans, domestique.

Entre à l'hôpital, le 28 mai 1925, pour prolapsus génital.

Histoire de la maladie. — En novembre 1924, la malade s'aperçoit par hasard qu'elle a une tumeur qui sort à la vulve. Cette tumeur est réductible, mais reparait dès que la malade se fatigue. Au mois de février 1925, la réduction de la tumeur devient de plus en plus difficile et la malade éprouve une sensation de gêne exagérée par la fatigue. Elle doit interrompre son travail et se mettre au repos.

Antécédents. — Mariée à 22 ans, deux grossesses; la première à 23 ans, accouchement au cours duquel on doit pratiquer une épisiotomie. Lever au bout de huit jours. La deuxième à 28 ans, accouchement normal. Lever au bout de huit jours.

Ménopause à 46 ans.

Examen (le 28 mai 1925). — A l'examen de la vulve, on constate un prolapsus du troisième degré. Gros col sortant de 4 à 5 centimètres, ne présentant pas d'ulcérations. Ce prolapsus est facilement réductible.

Culs-de-sac profonds, surtout le cul de sac postérieur. Le corps de l'utérus est difficilement perceptible.

Intervention. — Cloisonnement élargi du vagin le 6 juin 1925; rachianesthésie à la syncaïne à 5 p. 100.

Suites opératoires. — Ablation de la mèche vaginale et premier pansement le 9 juin. Excellent état.

Le 26 juin : Phlébite de la jambe gauche et hydarthrose du genou traitées par immobilisation dans une gouttière et pointes de feu.

Le 7 août : Début de mobilisation.

Le 9 août : Abscess de la cuisse droite consécutif à une injection d'huile camphrée. L'abcès s'ouvre le 11 août.

Le 27 août, soit quatre-vingts jours après l'intervention, la malade sort de l'hôpital guérie.

OBSERVATION II.

(Empruntée au service de M. le Professeur GUYOT.)

Mme C..., 66 ans, sans profession.

Entre à l'hôpital le 26 avril 1928 pour prolapsus génital. Jusqu'alors maintenu par un pessaire, mais actuellement impossible à contenir.

Histoire de la maladie. — Il y a huit ou dix ans, la malade sent une tumeur au fond de son vagin. Trois ans après, cette grosseur ayant augmenté dans de fortes proportions, son médecin lui conseille de porter un pessaire. L'évolution du prolapsus a continué et, il y a cinq mois, la malade a remplacé son pessaire en caoutchouc par un pessaire en bois qui s'est inclus dans les tissus. Il y a trois mois, à la suite de tractions violentes ayant pour but de le retirer, l'utérus a fait saillie hors de la vulve et n'a pu être réduit.

Antécédents. — Mariée à 17 ans, deux grossesses. La première à 18 ans, accouchement difficile. La deuxième à 21 ans; présentation du siège; travail long; accouchement difficile.

A 37 ans, métrite. Après un an de traitement, la malade s'estime guérie.

Examen (le 26 avril 1928). — Malade d'aspect fatigué, gémissante et dolente.

A l'examen de la vulve, on constate un prolapsus incomplet : cystocèle et rectocèle. Utérus rouge et mou, recouvert par une muqueuse épaissie, cornée par endroits, se détachant par lambeaux. Près de l'orifice externe du col, ulcération saignante et purulente.

Périnée complètement déficient.

L'auscultation du cœur révèle un éclat diastolique du second bruit. Pas de souffle. Tension artérielle : Mx, 22; Mn, 11; Io, 4.

Urée sanguine 1 gr. 76.

Le 27 avril, il est procédé, par un taxis prudent et progressif, à la réduction du prolapsus, qui est maintenu en place par un tampon vaginal.

Le 2 mai : Etat général assez bon. Injections quotidiennes d'eau oxygénée; régime hypo-azoté.

Le 10 mai : Urée sanguine, 0 gr. 65.

Intervention (le 10 mai 1928). — Cloisonnement élargi du vagin suivi d'une périnéorrhaphie. Rachianesthésie à la syncaïne (7 cg. 5).

Suites opératoires. — Normales. Le 14 mai, ablation de la mèche vaginale et d'un drain.

Le 15 mai : Ablation du deuxième drain.

Le 19 mai : L'examen montre une plaie opératoire en bon état. Légère suppuration. Pansements et grands lavages au permanganate.

Le 3 juin, soit vingt-quatre jours après l'intervention, la malade sort de l'hôpital en excellent état. Périnée résistant, parfaitement cicatrisé.

Résultats. — Revue le 23 juillet, un mois et demi après sa sortie de l'hôpital. Le périnée a bien tenu, mais à travers l'orifice vulvaire rétréci on aperçoit un peu la paroi antérieure du vagin. Ceci dû à ce que la malade s'est beaucoup fatiguée dès sa sortie de l'hôpital.

Le 7 avril 1930, soit deux ans après l'intervention, l'examen montre un orifice vulvaire élargi et un léger degré de cystocèle et de rectocèle. La malade accuse de l'incontinence d'urines à la toux et à l'effort.

OBSERVATION III.

(Empruntée au service de M. le Professeur GUYOT.)

Mme B..., 76 ans.

Entre à l'hôpital, le 28 octobre 1927, pour prolapsus génital occasionnant des troubles de la miction et de la défécation.

Histoire de la maladie. — Il y a dix ans, la malade constate l'apparition d'une grosseur au niveau de la vulve au moment des efforts. Son médecin lui conseille de porter un pessaire. Cinq ans après, elle abandonne le port du pessaire et constate à ce moment que la grosseur a augmenté de volume.

Depuis un an, douleurs dans le bas-ventre; sensation de pesanteur au niveau de l'anus. Puis troubles de la miction qui devient très fréquente; incontinence partielle d'urines. Besoins impérieux.

Depuis trois mois, la grosseur pend constamment entre les jambes; elle ne peut être contenue par le port d'une garniture. De plus elle saigne et suppure. Accentuation des troubles.

Antécédents. — Deux grossesses à 21 et 23 ans terminées toutes deux par une fausse couche de deux à trois mois. Lever presque immédiat. Pas de suites infectieuses.

Examen (le 28 octobre). — Bon aspect général, femme grasse.

Au toucher : vagin mou; périnée flasque; col hypertrophié, allongé, très abaissé. Orifice externe du col large. Corps utérin non perceptible.

Si on fait pousser la malade : cystocèle et rectocèle. Puis le col apparaît à la vulve et la masse utérine sort entre les jambes. Sur l'utérus, on note deux ou trois ulcérations de la largeur d'un doigt et longues de 4 à 5 centimètres. Pas d'ulcérations au niveau du col.

Le 7 novembre, après huit jours de repos au lit, le prolapsus ne ressort plus spontanément ni même en faisant pousser la malade debout, les jambes écartées. Le col n'apparaît plus à la vulve. Cependant, légère cystocèle. Les crises douloureuses sont plus rares, les besoins moins impérieux.

Tension artérielle : Mx, 22; Mn, 10; Io, 8.

Pas de signes de brightisme. Urée sanguine, 0,60. Urée dans l'urine, 16 g. 3. Pas d'albumine.

Intervention (le 24 novembre 1927). — Cloisonnement élargi du vagin sous anesthésie rachidienne à la syncaïne.

Suites opératoires. — Le 28 novembre, soit le cinquième jour après l'opération, le drain est enlevé. Congestion des bases pulmonaires. Le 30 novembre, amélioration. Le 12 décembre, bon état local et général.

Le 30 décembre, soit trente-cinq jours après l'intervention, la malade sort de l'hôpital guérie.

Résultats. — Revue le 7 avril 1930, soit deux ans et quatre mois après l'intervention. Bon résultat. Cependant, si on fait pousser la malade, on constate une légère rectocèle.

OBSERVATION IV.

(Empruntée au service de M. le Professeur GUYOT.)

Mme L..., 61 ans.

Entre à l'hôpital, le 15 septembre 1928, pour prolapsus génital.

Histoire de la maladie. — La malade a remarqué depuis longtemps l'existence de son prolapsus, mais ne peut préciser à quelle date il remonte. Elle n'a jamais souffert; tout au plus a-t-elle éprouvé un peu de gêne.

Antécédents. — Trois grossesses avec accouchements normaux, mais lever précoce après chacun d'eux.

Examen (le 15 septembre). — Femme grasse, mais bon état général.

La vulve est béante. Si on fait pousser la malade, on voit apparaître une tumeur arrondie du volume d'une orange présentant à son pôle inférieur un orifice qui n'est autre que l'orifice externe du col. La tumeur se réduit d'elle-même dès que la malade est couchée. Au toucher, on constate qu'il s'agit d'un prolapsus incomplet. En pressant la tumeur entre les doigts, on sent à son centre un petit noyau qui n'est autre que l'utérus.

Intervention (le 21 septembre). — Cloisonnement élargi du vagin suivi de périnorrhaphie sans décollement. Rachianesthésie à la syncaïne à 5 p. 100 (7 gr.) complétée, après une heure, par un peu d'éther (Ombredanne).

Suites opératoires. — Excellentes. Le 1^{er} octobre, ablation des points. Le 3 octobre, ablation des drains et de la sonde.

Le 12 octobre : Température, 38 degrés. L'auscultation du poulmon révèle un foyer de congestion à gauche. Traitement : ventouses scarifiées, révulsion. Guérison le 30 octobre.

Le 3 novembre, soit quarante jours après l'intervention, la malade quitte le service en excellent état local et général.

Résultats. — Le 3 février 1930, soit un an et quatre mois après l'intervention, on note un excellent résultat. A droite, un couloir assez large admettant le doigt. A gauche, la pulpe seule pénètre.

OBSERVATION V.

(Empruntée au service de M. le Professeur GUYOT)

Mme F., 53 ans.

Entre à l'hôpital, le 24 octobre 1929, pour prolapsus.

Histoire de la maladie. — Après son dernier accouchement (décembre 1919), la malade a eu une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, accompagnée de tiraillements. Puis elle s'aperçoit que son utérus descend dans le vagin et se décide à porter une ceinture. Elle a toujours pu réduire son prolapsus le soir en se couchant, mais la douleur réapparaissait au lever. Jamais de douleur à la miction, constipation opiniâtre.

Antécédents. — Mariée à 22 ans. A eu 5 enfants, le dernier il y a dix ans. Pas de fausses couches.

Tous ses accouchements normaux; suites normales; pas de déchirures du périnée.

Ménopause à 51 ans.

Examen (le 24 octobre). — Le toucher révèle un prolapsus incomplet, le vagin ayant encore une profondeur de 2 centimètres.

Périnée en bon état.

Rien à signaler du côté des divers appareils.

Intervention (le 15 novembre 1929). — Cloisonnement élargi du vagin. Anesthésie à l'éther (Ombredanne).

Sans incidents.

Suites opératoires. — Excellentes. Le deuxième jour, ablation de la mèche.

Le 12 décembre, soit vingt-sept jours après l'intervention, la malade sort de l'hôpital, guérie.

Résultats. — Le 13 janvier, soit un mois après sa sortie de l'hôpital, la malade est en parfait état. Il n'existe plus de tumeur au niveau de la vulve et quand la malade pousse il ne sort rien.

OBSERVATION VI.

(Empruntée au service de M. le Professeur GUYOT.)

Mme B..., 63 ans.

Entre à l'hôpital le 13 janvier 1930 pour prolapsus utérin qu'aucun moyen mécanique n'est plus capable de contenir.

Histoire de la maladie. — Début il y a deux ans. Depuis cette époque, la malade a essayé de différents pessaires qui ont été incapables de remédier à sa malformation. Lorsqu'elle marchait ou faisait un effort, elle sentait une masse pesante entre les cuisses. A la marche, frottement douloureux. Elle atténue tant bien que mal son infirmité au moyen de bandes spéciales en forme de garniture qu'elle fixe à sa ceinture. Elle ressent toujours une sensation de gêne et de pesanteur, mais la masse ne sort pas.

En fait de troubles fonctionnels, la malade accuse une difficulté de la miction et de la défécation. Pas de douleurs à la miction, pas de pollakiurie.

Antécédents. — Réglée à 14 ans. Deux accouchements séparés par un intervalle de onze ans et deux fausses couches. Les deux accouchements ont été normaux, mais le lever a été précoce après chacun d'eux.

Examen (le 13 janvier 1930). — La vulve n'est pas entr'ouverte. Périnée en bon état. Lorsqu'on demande à la malade de pousser, on voit apparaître une cystocèle du volume d'une noix. Pas de rectocèle appréciable. Examen au spéculum : petit col avec une petite érosion au niveau de la lèvre postérieure.

Le 16 janvier : urée sanguine, 0 g. 50.

Le 28 janvier, après régime : 0 g. 23.

Tension artérielle : Mx, 12; Mn, 6; Io, 1.

Intervention (le 4 février 1930). — Cloisonnement élargi du vagin. Anesthésie à l'éther. Durée, 37 minutes.

Durée de l'opération, 25 minutes.

Suites opératoires. — Tout à fait favorables. La malade quitte le service, guérie, le 2 mars 1930, soit vingt-cinq jours après l'intervention.

Résultats. — Le 31 mars, soit deux mois après l'intervention, on note un excellent résultat.

OBSERVATION VII.

(Empruntée au service de M. le Professeur GUYOT.)

Mme J..., 75 ans.

Prolapsus génital. Col ulcéré.

Intervention (le 6 juin 1925). — Cloisonnement du vagin avec amputation du col. Rachianesthésie à la syncaïne. Sort de l'hôpital, guérie, le 9 août, soit deux mois après l'opération.

OBSERVATION VIII.

(Empruntée au service de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

Entre à l'hôpital, le 4 janvier 1928, pour prolapsus utérin.

Histoire de la maladie. — Début il y a un an, caractérisé par l'apparition de douleurs irradiées dans le petit bassin, avec maximum du côté droit. Sensation de tiraillement. Quelque temps après, apparition du prolapsus. La chute de matrice est déclenchée par la position debout et disparaît dès que la malade est couchée. Pas de pertes. Le prolapsus ne s'accroît pas, mais quelques mois après son apparition se produisent des pertes jaunâtres, puis sanguinolentes, irrégulières, peu abondantes, non douloureuses. En même temps, pollakiurie avec douleur à la miction. Urines claires; selles normales. Etat inchangé depuis.

Antécédents. — Réglée à 15 ans. Règles irrégulières, abondantes, douloureuses, durant quatre jours.

Une grossesse terminée par un accouchement aux forceps.

Pas de fausses couches.

Ménopause à 40 ans.

Examen (le 4 janvier 1928). — Bon état général. Assez d'embonpoint.

Toucher normal, mais érosif. Corps augmenté de volume.

L'examen au spéculum montre un col hypertrophié, ulcéré à sa périphérie.

Intervention (le 12 janvier 1928). — Cloisonnement élargi du vagin.

Suites opératoires. — Normales. Ablation des mèches vingt-quatre heures après l'intervention.

Le 16 février 1928, soit un mois après l'opération, la malade sort de l'hôpital, guérie.

OBSERVATION IX.

(Empruntée au service de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

Mme H..., 62 ans.

Entre à l'hôpital, en février 1928, pour prolapsus utérin.

Histoire de la maladie. — Début il y a cinq ou six ans. Depuis un an, le prolapsus s'est très accentué. Pertes blanches et aussi pertes noirâtres; quelquefois un petit filet de sang pur.

Antécédents. — Réglée à 12 ans, toujours régulièrement.

Quatre grossesses : trois accouchements simples et une fausse-couche sans complications.

Examen. — Prolapsus utérin du troisième degré.

Ulcération du col suintant légèrement. Rien à signaler du côté des autres appareils, si ce n'est cependant un léger degré d'emphysème pulmonaire.

Intervention (le 10 février 1928). — Cloisonnement élargi du vagin.

Suites opératoires. — Très bonnes. La malade sort de l'hôpital, guérie, le 2 mars 1928, soit vingt jours après l'opération.

Résultats. — Le 14 mars 1930, soit deux ans après l'intervention, on note un excellent résultat.

OBSERVATION X.

(Empruntée au service de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

Mme M..., 65 ans.

Entre à l'hôpital, en janvier 1928, pour prolapsus utérin.

Histoire de la maladie. — Début il y a deux ans. Accentuation considérable depuis six mois. La serviette que mettait la malade ne contient plus le prolapsus.

Pertes blanches, assez épaisses. Pas de métrorragie.

Antécédents. — Pas de grossesse. Opérée de hernie crurale en 1913.

Examen. — Prolapsus utérin du troisième degré. Périnée déficient.

Rien à signaler du côté des autres appareils.

Intervention (le 30 janvier 1928). — Cloisonnement élargi du vagin.

Anesthésie à l'éther.

Suites opératoires. — Très bonnes. La malade sort de l'hôpital, guérie, le 2 mars 1928, soit un mois après l'intervention.

OBSERVATION XI.

(Empruntée au service de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

Mme L., 55 ans.

Entre à l'hôpital, le 31 mai 1928, pour prolapsus utérin.

Histoire de la maladie. — Début en 1891 à la suite du premier accouchement. Depuis, le prolapsus s'est accentué progressivement après chaque accouchement. Le 1^{er} janvier 1928, la malade a eu une hémorragie, gros caillots. Depuis, deux nouvelles hémorragies et apparition de pertes fétides. Enfin, depuis un mois, douleurs lombaires surtout accusées quand la malade est couchée et douleurs dans la fosse iliaque droite pendant la station debout.

Antécédents. — Mariée à 16 ans. Huit grossesses :

La première, en 1891;

La deuxième, en 1895;

La troisième, en 1897;

La quatrième, en 1900;

La cinquième, en 1902;

La sixième, en 1911;

La septième, en 1912;

La huitième, en 1913.

Ménopause à 50 ans.

Examen. — Tout l'abdomen est douloureux. Lorsque la malade

pousse, l'utérus sort, montrant un col ulcéré. Vagin complètement retourné et saignant.

Intervention (le 27 juin 1928). — Cloisonnement élargi du vagin.

Suites opératoires. — Excellentes. La malade sort de l'hôpital, guérie, le 21 juillet, soit vingt-quatre jours après l'opération.

OBSERVATION XII.

(Empruntée au service de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

Mme P..., 55 ans.

Entre à l'hôpital le 28 janvier 1930 pour prolapsus utérin.

Histoire de la maladie. — Début il y a trente ans. Un médecin, consulté pour contusion lombaire, conseille à la malade de porter un pessaire. Il y a quatre ans, elle constate que le col utérin arrive au niveau de la vulve et il lui est impossible de mettre son pessaire. Depuis cette époque, le prolapsus s'accroît et, actuellement, après les fatigues de la journée, l'utérus pend entre les jambes. Le repos suffit à le faire rentrer.

En outre, depuis trois ou quatre mois, pertes purulentes et sanguinolentes.

Antécédents. — En 1892, grossesse et accouchement normaux.

En 1907, deuxième grossesse et accouchement normaux.

Examen (le 29 janvier 1930). — Prolapsus du deuxième degré, réductible. Col ulcéré au niveau de sa lèvre postérieure. Parois latérales du vagin présentant érosions superficielles.

Le toucher révèle un corps utérin petit et des annexes droites légèrement douloureuses.

Intervention (le 5 février 1930). — Cloisonnement élargi du vagin.

Suites opératoires. — Parfaites. La malade quitte le service, guérie, le 3 mars 1930, soit vingt-cinq jours après l'opération.

OBSERVATION XIII.

(Empruntée au service de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

Mme R..., 58 ans.

Atteinte de prolapsus utérin.

Intervention (le 7 juillet 1924). — Cloisonnement élargi du vagin.
Anesthésie à l'éther.

Suites opératoires. — Guérison.

OBSERVATION XIV.

(Empruntée au service de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

Mme R...

Atteinte de prolapsus utérin.

Intervention (le 9 septembre 1926). — Cloisonnement élargi du vagin. Anesthésie générale au chloroforme.

Suites opératoires. — Guérison.

Résultats. — Revue le 14 mars 1930, soit trois ans et demi après l'intervention. Bon résultat; cependant, si on fait pousser la malade, on note un léger degré de rectocèle.

OBSERVATION XV.

(Empruntée au service de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

Mme M..., 56 ans.

Atteinte de prolapsus génital.

Intervention (le 7 avril 1927). — Cloisonnement élargi du vagin suivi d'une périnéorrhaphie. Anesthésie à l'éther.

Suites opératoires. — Guérison.

Résultats. — Le 14 mars 1930, soit trois ans après l'intervention, la malade est en très bon état. Si on la fait pousser, il ne sort rien. On note la persistance d'un court vagin de 2 ou 3 centimètres de profondeur.

OBSERVATION XVI.

(Empruntée au service de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

Mme L..., 65 ans.

Atteinte de prolapsus génital.

Intervention (le 26 janvier 1927). — Cloisonnement élargi du vagin. Anesthésie à l'éther.

Suites opératoires. — Guérison.

Résultats. — Revue le 4 avril 1930, soit trois ans et trois mois après l'opération. Bon résultat.

OBSERVATION XVII.

(Empruntée au service de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

Mme I..., 72 ans.

Atteinte de prolapsus génital.

Intervention (le 27 septembre 1923). — Cloisonnement élargi du vagin. Anesthésie au chloroforme.

Suites opératoires. — Guérison.

OBSERVATION XVIII.

(Empruntée au service de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

Mme C..., 59 ans.

Atteinte de prolapsus génital.

Intervention (le 27 septembre 1923). — Cloisonnement élargi. Anesthésie à l'éther.

Suites opératoires. — Guérison.

Résultats. — Le 14 mars 1930, soit six ans et demi après l'intervention, la malade est en parfait état. Si on la fait pousser, il ne sort rien. Couloirs latéraux admettant seulement la pulpe de l'index.

OBSERVATION XIX.

(Empruntée au service de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

Mme H..., 65 ans.

Atteinte de prolapsus utérin.

Intervention (le 7 juin 1923). — Cloisonnement élargi du vagin. Anesthésie générale au chloroforme.

Suites opératoires. — Guérison.

OBSERVATION XX.

(Empruntée au service de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

Mme P..., 63 ans. ~

Atteinte de prolapsus utérin.

Intervention (le 29 juillet 1926). — Cloisonnement élargi du vagin.

Anesthésie générale à l'éther.

Suites opératoires. — Guérison.

Résultats. — Le 14 mars 1930, soit trois ans et demi après l'intervention, on note un bon résultat. Cependant, si on fait pousser la malade, on constate un léger degré de rectocèle.

CONCLUSIONS

I. — Exclusivement réservée aux femmes âgées ayant dépassé la ménopause, l'opération de Le Fort est une excellente opération.

II. — Pouvant être réalisée sous anesthésie rachidienne, locale, voire même épidurale, c'est une intervention très peu shockante qui peut être faite sans danger chez des malades déprimées, à état général médiocre.

III. — Sa simplicité permet d'en réaliser une exécution parfaite et donne de ce fait toutes les garanties d'efficacité.

IV. — Complétée par une périnéorraphie dans le cas de déficience du périnée, elle nous paraît être, chez des femmes âgées, le procédé de choix.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. GUYOT.

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux le 21 juillet 1930.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

ANDRÉ. — Du traitement du prolapsus utérin par l'opération de Le Fort. Résultats immédiats. Conséquences éloignées. Thèse de Paris, 1888-1889.

AUSTRY. — Contribution à l'étude du traitement des prolapsus génitaux et du cloisonnement du vagin en particulier. Thèse de Bordeaux, 1923-1924.

BÉGOUIN-SAVARIAUD. — Le traitement des prolapsus génitaux. XXII^e Congrès de chirurgie, 1923.

BROCQ-NORA. — Le traitement du prolapsus utéro-vaginal chez les femmes âgées par l'opération de Le Fort élargie. *Journ. de gyn. et d'obst.*, n^o 5, 11 mai 1925.

— L'opération de Le Fort. *Médecine*, avril 1925.

BRUNET. — L'opération de Le Fort. Thèse de Paris, 1882.

CHAVANNAZ. — *Gaz. hebd. de la Soc. méd. de Bordeaux*, XVIII, 1897, 485.

— Congrès français de chirurgie, procès-verbal, Paris, XII, 1909.

— *Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd.*, Paris, IV, 1909.

COTTE. — Soc. de chir. de Paris, 13 juin 1923.

— *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1922, n^o 5.

— *Lyon chir.*, XIX, 1922.

— Soc. des chir. de Lyon, 1923.

CREMER (Valentine). — Contribution à l'étude du procédé de Le Fort dans le traitement du prolapsus génital sénile. Thèse de Paris, 1925.

CAFFEAU (O.). — Thèse de Paris, 1923-1924.

- CROUSSE. — Traitement du prolapsus génital des femmes âgées par le cloisonnement élargi du vagin. *Bruxelles méd.*, n° 14, 3 févr. 1929.
- Le traitement du prolapsus génital total des femmes âgées par le cloisonnement du vagin. Soc. belge de gyn. et d'obst., 3 nov. 1928.
- DUBOIS. — Thèse de Bordeaux, 1907.
- DESPRÉ. — Discussion de la communication de Le Fort. Soc. de chir. de Paris, 1877.
- EUSTACHE. — *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, VII, 1881.
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — Traité de gyn. médico-chir., Paris, 1923.
- HARTMANN. — Gynécologie opératoire, Paris, 1911.
- Des prolapsus génitaux. *Gyn. et obst.*, Paris, III, 1921.
- LE FORT. — Nouveau procédé pour la guérison du prolapsus utérin. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, III, 1877.
- NORA. — Prolapsus génital total chez les femmes âgées. Opération de Le Fort élargie. Thèse de Paris, 1924.
- FAUAS. — Soc. de chir. de Paris, 1879.
- RICHELOT. — Congrès français de chirurgie, 1896.
- ROUTIER. — Congrès français de chirurgie, 1896.
- SAVARIAUD. — Soc. de chir. de Paris, 1923.
- SEGOND. — Traitement chirurgical du prolapsus utérin. *Gaz. de gyn.*, Paris, 1894.
- SOKOLOFF. — Historique de l'opération de Le Fort. *Ann. de gyn.*,
- VANVERTS-MONOD. — Traité de technique opératoire, Paris, t. II,
- VANVERTS-MONOD. — Traité de technique opératoire, Paris, t. II, 1908, p. 785.

